N° 68.

10

QUELQUES
CONSIDÉRATIONS PRATIQUES
SUR
LA DÉLIVRANCE NATURELLE ET ARTIFICIELLE.

Thèse

PRÉSENTÉE ET PUBLIQUEMENT SOUTENUE
A LA FACULTÉ DE MÉDECINE DE MONTPELLIER, LE 9 JUILLET 1836;

PAR **E.-E. JOBIN**,
De Semur, département de la Côte-d'Or ;

Pour obtenir le grade de Docteur en Médecine.

Liberam ego medicinam profiteor; neque à novis, neque ab antiquis sum, sed utrosque, ubi verum colunt sequor. BAGLIVI.

A MONTPELLIER,
Chez Mme Veuve RICARD, née GRAND, Imprimeur, place d'Encivade, n° 3.

1836.

FACULTÉ DE MÉDECINE
DE MONTPELLIER.

PROFESSEURS.

MM. DUBRUEIL, Doyen Anatomie.
BROUSSONNET. } Clinique médicale.
CAIZERGUES, *Président.* }
LALLEMAND. } Clinique chirurgicale.
SERRE. }
LORDAT. Physiologie.
DELILE, *Suppléant.* Botanique.
DUPORTAL. Chimie.
DUGÈS. Path. chir., opérations et appareils.
DELMAS, *Examinateur.* Accouchements.
GOLFIN, *Examinateur.* Thérapeutique et matière médicale.
RIBES. Hygiène.
RECH, *Examinateur.* Pathologie médicale.
BÉRARD. Chimie médicale-générale et Toxicol.
RENÉ. Médecine légale.

AGRÉGÉS EN EXERCICE.

MM. VIGUIER.
KUHNHOLTZ.
BERTIN.
BROUSSONNET fils.
TOUCHY.
DELMAS fils, *Suppl.*
VAILHÉ, *Examin.*
BOURQUENOD.

MM. FAGES.
BATIGNE.
POURCHÉ.
BERTRAND.
POUZIN.
SAISSET.
ESTOR, *Examinat.*

La Faculté de Médecine de Montpellier déclare que les opinions émises dans les Dissertations qui lui sont présentées, doivent être considérées comme propres à leurs auteurs; qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.

A MON GRAND-PÈRE,

A MON PÈRE

ET

A MA MÈRE.

Faible hommage de la plus vive reconnaissance.

A MON BEAU-PÈRE.

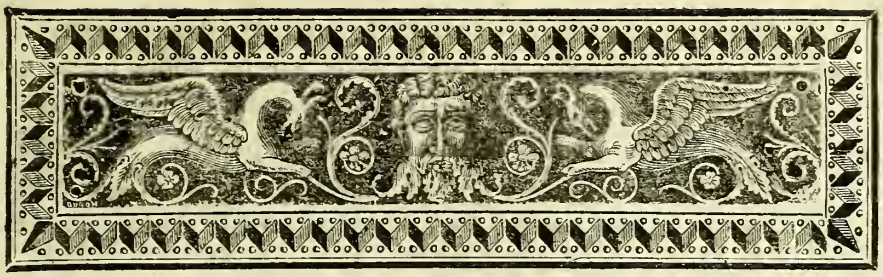
Gage de respect.

A MONSIEUR LE DOCTEUR JUDRIN,

MON PREMIER MAÎTRE ET MON AMI.

Témoignage de reconnaissance et d'estime.

E.-E. JOBIN.



QUELQUES

CONSIDÉRATIONS PRATIQUES

SUR

LA DÉLIVRANCE NATURELLE ET ARTIFICIELLE.

DE LA DÉLIVRANCE.

La délivrance, *partus secundarius, secundinarum expulsio vel extractio,* est ce travail secondaire qui est le complément de l'acte de l'enfantement; il s'opère d'après les mêmes lois que celui qui contribue à l'expulsion du fœtus, et peut être défini la sortie spontanée, dirigée ou opérée du placenta et des membranes hors de la cavité utérine et du vagin. On conçoit facilement que, si la nature se suffit le plus souvent à elle-même, l'accoucheur ou la sage-femme lui aident quelquefois d'une manière efficace; c'est ce qui m'engage à consi-

dérer la délivrance sous les deux rapports suivants : dans le premier, je vais examiner l'expulsion de l'arrière-faix par les seules forces de la nature; dans le second, je ferai connaître les diverses circonstances qui rendent les secours de l'art nécessaires pour son extraction.

Signes. Il importe beaucoup de bien étudier les signes précurseurs, le mécanisme et les moyens d'aider la nature; car, en ne les connaissant pas, comment serait-il possible de la seconder ?

A peine l'enfant est-il sorti du sein de sa mère, que celle-ci se livre aux douceurs de la maternité, en profitant du calme délicieux qui suit les douleurs de l'enfantement; elle semble oublier tout ce qu'elle a souffert; mais tout à coup de nouvelles douleurs se font sentir : ce sont les contractions de la matrice qui tendent à expulser l'arrière-faix; car la nature ne procède pas ordinairement à la délivrance d'une manière incertaine ou obscure; elle annonce en général ce nouveau travail par des signes manifestes et palpables : l'accoucheur le moins exercé ne saurait s'y méprendre. L'utérus se roidit, le sang coule, et la main, appliquée sur la région hypogastrique, sent la matrice, au-dessus du pubis, plus ou moins arrondie et plus ou moins dure; le fond de ce viscère s'assouplit, et en introduisant le doigt dans le vagin, on sent bientôt un corps mollasse qui commence à s'y engager. La longueur du temps qui s'écoule entre l'accouchement et la délivrance varie beaucoup; quelquefois celle-ci se fait presque immédiatement après la sortie de l'enfant; d'autres fois elle se fait attendre un quart d'heure, trente minutes, et même une ou plusieurs heures. Il convient d'attendre les signes que nous venons d'indiquer, à moins que des accidents graves ne surviennent et n'obligent l'accoucheur à prendre une autre détermination.

Je ne vois pas la nécessité de provoquer une délivrance intempestive ou prématurée; l'extraction brusque du placenta pourrait être suivie d'accidents redoutables, tels que le prolapsus de l'organe utérin, son inertie, son renversement, l'hémorragie, etc. On obtient toujours de meilleurs résultats quand la nature seule termine son ouvrage. Cette différence a été bien sentie des anciens, puisque,

dans plusieurs de leurs ouvrages, on trouve que, dans la généralité des cas, il convient d'abandonner la délivrance aux seules forces de la nature; néanmoins, quoiqu'elle puisse s'opérer d'elle-même ou sans le secours de l'art, il est incontestable que la femme se débarrasse avec plus de facilité lorsqu'elle est aidée à propos. Ainsi, dans la vue de lui épargner quelques efforts douloureux, l'accoucheur ne reste pas entièrement inactif dans l'acte de la délivrance; je le répète, il ne doit agir que de concert avec la nature, et attendre qu'elle donne le signal; il peut seconder avantageusement l'action de la matrice en faisant de légères frictions sur la région hypogastrique; ces frictions raniment l'action de l'utérus, et le déterminent à expulser ce qui reste dans sa cavité; cela se fait surtout quand on soupçonne que le placenta n'est pas complètement décollé, ou que la matrice, un peu molle, ne paraît pas s'être assez contractée. On favorise beaucoup la délivrance en laissant dégorger le sang renfermé dans les cellules du placenta; il devient moins volumineux; et, pour cela, après l'expulsion du fœtus, il paraît plus convenable de ne pas lier la portion du cordon ombilical qui tient à la mère. On peut tirer avec beaucoup de ménagement sur le cordon quand de nouvelles douleurs se font sentir : c'est ici qu'il faut prendre beaucoup de précautions, et qu'il ne faut pas agir à l'aventure. Comme le dit M. Capuron, l'impéritie et la prévention peuvent faire de grandes fautes, et plus d'une matrone a été obligée de renoncer à son entreprise pour avoir arraché le cordon ombilical. Voici, pour faciliter la délivrance, la théorie que nous donne ce célèbre praticien : les efforts que l'on fait sur cette chaîne vasculaire doivent être dirigés de manière qu'ils forcent le délivre de descendre en suivant la direction des axes du bassin, ce qui ne peut avoir lieu, pour celui du détroit supérieur, qu'en formant, de l'extrémité de plusieurs doigts qu'on tient le plus profondément qu'on peut dans le vagin, une espèce de poulie de renvoi au cordon ombilical; on saisit avec une main le cordon enveloppé d'un linge fin, on le tend horizontalement en tirant dessus, tandis qu'on porte trois doigts de l'autre main réunis, et formant une espèce de gouttière derrière les

os pubis jusqu'à l'entrée de l'orifice utérin, pour repousser fortement en arrière la base du cordon, et lui faire décrire dans ce même sens un coude semblable à celui qu'il décrirait sur la gorge d'une poulie ; alors le placenta descend suivant la direction du détroit supérieur ; lorsqu'il est dans le vagin, la poulie de renvoi devient inutile ; il suffit alors de tirer en relevant le cordon vers le pubis, et dès que le délivre paraît à la vulve, vous le recevez dans la paume d'une main située en travers à la commissure postérieure, tandis que vous l'empoignez de l'autre, et le roulez cinq ou six fois sur lui-même, afin de bien ramasser les membranes.

Il est bien important, comme nous l'avons dit plus haut, de ne point user de violence dans les tractions que l'on exerce sur le cordon, soit pour ne pas le rompre, soit pour ne pas donner lieu au renversement de la matrice. Quand le volume du placenta est considérable, quelquefois les tractions sont infructueuses ; on introduit un doigt dans l'orifice utérin pour reconnaître la cause qui s'oppose à sa sortie ; alors on va le saisir par un de ses bords pour l'entraîner. Tous les mouvements violents recommandés dans le dessein de favoriser la sortie du placenta, comme la forte compression du bas-ventre, l'éternument, les fortes expirations, les excitations mécaniques au vomissement, doivent être proscrits comme pouvant être très-dangereux dans la plupart des cas.

Moriceau donne le précepte formel de procéder à la délivrance aussitôt que le fœtus est sorti. Peu, Delamotte, Deventer, Chapmann, Fried, suivirent cette doctrine qui devint presque générale ; ils donnaient pour raison qu'en différant l'extraction du délivre, le col de l'utérus pouvait très-bien se resserrer et le retenir ensuite pendant un temps considérable, et que le séjour prolongé de ce corps deviendrait la source des accidents les plus graves ; mais un grand nombre d'accoucheurs, parmi lesquels on distingue Dionis, Ruisch, A. Monro, Puzos, Levret, Smellie, Crantz, Rœderer, pensèrent que l'on devait, dans les cas qui ne s'écartent pas de l'ordre naturel, attendre le décollement spontané du placenta ; cette opinion a prévalu et est généralement adoptée, comme il arrive toujours à celles qui sont basées sur l'étude attentive des procédés de la nature.

Mécanisme de la délivrance. Il présente trois temps bien distincts selon Desormeaux : celui du décollement, celui du passage à travers le col de la matrice, et celui de l'expulsion au dehors de la vulve. Baudelocque, Gardien et autres n'en ont admis que deux; c'est cette dernière division que nous suivrons, en ne considérant les deux derniers temps de celle de M. Desormeaux que comme un seul et même temps.

Premier temps. Le décollement du placenta est dû aux contractions utérines produites par la présence de ce corps devenu désormais étranger pour l'utérus ; il commence le plus ordinairement pendant les contractions destinées à l'expulsion du fœtus. Si l'accouchement a été long, la délivrance est plus rapprochée et plus rapide : on voit assez souvent, dans ce cas, le délivre accompagner l'enfant.

A mesure que l'utérus se contracte, les membranes se plissent, le placenta se fronce, ce corps n'étant pas susceptible de contraction, tandis que la portion de l'utérus qui lui correspond se resserre; les deux surfaces, jusque-là exactement juxta-posées, glissent l'une sur l'autre; le tissu fin et délicat qui les unit est tiraillé; il se rompt, et le placenta détaché tombe sur le col de l'utérus. Voici comment cela se fait : après avoir expulsé le fœtus, la matrice revient sur elle-même, sa surface interne se trouve froncée ; le placenta, de son côté, étant une espèce de corps inerte, conserve à peu près la même étendue ; alors sa surface externe ne correspond plus aux différents points de la matrice ; par là on conçoit facilement la rupture de ses adhérences et enfin sa séparation.

Il s'en faut bien que le délivre commence à se décoller toujours par le même point ; quelquefois c'est par son centre, quelquefois par un de ses bords. Quand c'est le centre qui se décolle le premier et que les bords conservent leur adhérence, le sang séjourne dans cette nouvelle cavité, il se forme un caillot qui détermine le décollement. Quand c'est le bord le plus éloigné de l'orifice utérin qui se détache, il y a encore une espèce de cavité formée où le sang séjourne jusqu'à la séparation complète : comme dans le cas précédent, le placenta présente sa face fœtale ; lorsqu'au contraire

c'est le bord voisin du col de la matrice qui se décolle, il se roule en forme de cornet d'oublie, de papier; le sang coule, et le placenta présente sa face utérine. Quelle que soit la manière dont le décollement s'opère, la surface fœtale se présente bien plus souvent que l'utérine à l'ouverture du col, lors même qu'on n'a exercé aucune traction sur le cordon ombilical. L'action des muscles abdominaux vient seconder les contractions de la matrice stimulée qui tend à se débarrasser de tout ce qui l'empêche de reprendre son volume ordinaire; l'orifice utérin, qui s'était un peu resserré, s'entr'ouvre de nouveau.

Un écoulement de sang plus ou moins abondant suit immédiatement la sortie de l'enfant. Cet écoulement ne peut avoir que deux causes : la déchirure du col utérin ou le décollement du placenta. L'observation prouve qu'une déchirure du col donne issue à très-peu de sang; ainsi sa sortie, qui suit immédiatement la naissance, doit être attribuée au décollement du placenta. Pour le second temps, voir l'article précédent.

Après la sortie du délivre, il est bon, lorsqu'elle a présenté des difficultés, de s'assurer s'il est intact et s'il n'en est pas resté quelque portion dans la cavité utérine. On a conseillé, dans ce cas, d'aller chercher avec la main la portion restée si elle est peu considérable; quelques accoucheurs considèrent cette manœuvre comme inutile, pour ne pas dire nuisible, car les parties qui restent sont, disent-ils, entraînées par l'écoulement qui suit les couches; voici cependant un fait fort remarquable qui prouverait le contraire : ce fait a été puisé dans la pratique de M. Lisfranc (Pauly, maladies de l'utérus, pag. 81 et 82).

Mme B...., âgée de 22 ans, demeurant rue du Cherche-Midi, avait été accouchée par M. Jules Hatin; tout se passa bien dans les premiers jours; mais à dater de l'époque où les lochies perdirent leur couleur rouge, il se manifesta un écoulement fétide, de mauvaise nature, accompagné de petites hémorragies. Pendant six semaines, les choses continuèrent ainsi, et la malade dépérissait à vue d'œil. M. Lisfranc, consulté, ne tarda pas à reconnaître la présence d'une

fongosité emprisonnée dans le col utérin légèrement béant ; il pensa que c'était un polype et qu'il fallait promptement en débarrasser la malade, car le péril était imminent. L'opération fut pratiquée le lendemain, en présence de MM. Bouillaud, Hatin, Caron de Villards et Bergue. La malade placée convenablement, M. Lisfranc porta à plusieurs reprises les pinces de Musseux sur la fongosité qui se déchirait chaque fois avec une extrême facilité. Fatigué de ces tentatives, il plaça ses crochets sur la partie externe gauche du museau de tanche, et abaissa facilement l'utérus ; il put dès lors, au moyen de la double canule de Levret, étrangler le sommet avec un fil métallique, en disant : si Madame eût été accouchée par un homme moins habile que M. Hatin, je croirais avoir affaire à un fragment de placenta. L'hémorragie fut arrêtée à l'instant même, et, deux jours après, la tumeur flétrie tomba. Je tiens d'un témoin qui l'examina avec beaucoup d'attention, que ce n'était autre chose qu'un fragment de délivre retenu par des adhérences. A dater de sa séparation, tous les symptômes adynamiques se dissipèrent comme par enchantement.

DE LA DÉLIVRANCE ARTIFICIELLE.

La délivrance artificielle consiste dans l'extraction du délivre au dehors des organes de la génération, selon les règles de l'art.

Quand on délivre les femmes trop promptement, comme nous l'avons déjà dit, on peut occasionner de bien graves accidents, tels que la chute, le renversement, l'inertie de la matrice ; mais aussi, quand on attend trop, elles peuvent être victimes de ce retard. N'a-t-on pas à craindre la putréfaction du placenta, qui arrive quelquefois d'une manière assez prompte pour donner lieu à une résorption d'humeurs qui, portées dans le torrent de la circulation, déterminent une adynamie et une ataxie générales qui conduisent rapidement les malades à la mort ?

Les circonstances qui peuvent rendre indispensible et toujours utile l'intervention de l'art dans la délivrance, sont très-nombreuses ; les principales sont : 1° l'inertie de la matrice, 2° l'hémorragie utérine,

3° les syncopes, 4° les convulsions, 5° la contraction spasmodique du col, 6° le volume et la forme du placenta, 7° la faiblesse et la rupture du cordon, 8° l'adhérence trop intime du placenta, 9° son chatonnement, 10° son implantation sur le col de l'utérus, 11° l'avortement, 12° la grossesse multiple, 13° l'opération césarienne, 14° l'introversion de la matrice.

1° *Inertie.* On entend par inertie de la matrice la diminution ou la perte des propriétés vitales de ce viscère.

L'inertie peut affecter une partie ou tout le corps de l'utérus; elle peut dépendre d'un état particulier de l'organe ou de la fatigue qu'il a éprouvée pendant un accouchement long et difficile. Cet accident tient quelquefois à la trop grande extension de la matrice, qui ne permet à ses fibres que de se contracter avec peine et lenteur, comme dans les grossesses multiples, dans les cas où l'enfant est très-volumineux, et enfin quand il y a une trop grande quantité des eaux de l'amnios; alors la délivrance se trouve notablement retardée; il n'y a point de contractions, ou du moins elles sont si faibles que le décollement et l'expulsion du placenta ne peuvent avoir lieu; on a vu cet état se prolonger plusieurs heures et même plusieurs jours. C'est ordinairement après un accouchement précipité que survient l'inertie. Elle reconnaît encore pour causes la faiblesse constitutionnelle de la femme, un chagrin subit résultant d'une attente trompée (soit à raison du sexe l'enfant, soit à raison de son peu de viabilité ou de sa mort). On reconnaît cet état de l'utérus à la mollesse, au volume qu'il conserve et à l'absence des douleurs. Il faut bien se garder de faire des tractions sur le cordon; dans ce moment on pourrait provoquer un renversement de la matrice, si les adhérences du placenta résistaient; il pourrait se faire aussi qu'il survînt une hémorragie utérine. Quand ce dernier accident n'a pas lieu, il ne faut pas chercher à hâter la délivrance; on doit attendre que la matrice soit revenue de son engourdissement, ce dont on s'apercevra très-bien quand elle formera un corps sphérique dur au-dessus des pubis; aussitôt les douleurs se font sentir, les contractions reparaissent, et le travail marche vers sa fin.

Lorsqu'il y a beaucoup d'eau dans l'utérus, Levret, Gardien, Mme Lachapelle, conseillent, pour prévenir cet état d'inertie, de donner issue à ce liquide dès le début du travail, de hâter celui-ci lorsqu'il paraît traîner en longueur.

On a combattu avec avantage l'inertie par des frictions légères sur la partie antérieure de l'abdomen ; on a recommandé de faire des injections d'eau froide dans la cavité utérine, ou dans le placenta par le cordon ombilical : c'est la méthode du docteur Mojon, de Gênes ; ce moyen, aussi simple qu'ingénieux, consiste à faire une forte injection dans le placenta, par la veine ombilicale, d'une certaine quantité d'eau froide acidulée ; après avoir laissé couler le sang, on facilite son écoulement en pressant fortement le cordon ; M. Mojon attribue l'effet de ce remède, 1° à la dilatation que le fluide injecté produit dans le système veineux du placenta, 2° à l'impression du froid qui se communique au tissu qui colle le placenta à la matrice. Quand une première injection ne produit pas d'effet, on peut en répéter une seconde, après avoir laissé s'écouler tout le fluide précédemment injecté. M. Mojon, dans une lettre à M. le professeur Broussonnet, engageait ses illustres confrères de Montpellier à expérimenter sa méthode qui l'avait déjà été par les plus célèbres accoucheurs d'Italie. Quelques praticiens ont recours aux toniques, au seigle ergoté, que j'ai vu employer quelquefois avec beaucoup de succès. On pourrait également donner quelques cuillerées de vin généreux, si la malade était d'une constitution faible.

2° *Hémorragie utérine.* On voit beaucoup plus souvent l'hémorragie utérine se manifester après l'expulsion de l'enfant qu'avant et pendant le travail de l'accouchement. Les causes de cette complication sont : un état de pléthore, l'abus des stimulants, la présence d'une partie ou de la totalité du placenta, celle d'un caillot, une affection morale vive, et très-souvent l'inertie de la matrice : c'est ce que pensent beaucoup d'accoucheurs ; mais M. Capuron s'élève contre cette opinion : il la regarde comme inexacte et exagérée ; il ne conteste pas que si la matrice est inerte ou ne se contracte pas après l'expulsion du fœtus et le décollement du placenta, le sang ne puisse

jaillir de la surface interne de ce viscère où les extrémités des vaisseaux sont encore béantes; mais il dit qu'il n'a jamais vu l'inertie utérine accompagnée ou suivie d'hémorragie (ce sont ses propres expressions).

Quelle qu'en soit la cause, l'hémorragie est quelquefois externe, quelquefois interne : elle est externe quand le sang s'écoule abondamment au dehors des parties génitales; et elle est dite interne quand ce liquide est retenu dans la cavité de l'utérus. Cette dernière est bien terrible : elle peut emmener les femmes au moment où on s'y attend le moins, surtout quand l'accoucheur est inattentif, car elle laisse, dans les premiers temps, dans une sécurité trompeuse ; elle arrive ordinairement après les accouchements prompts ou trop brusquement terminés, et précédés le plus souvent d'hémorragie ; on la reconnaît aux symptômes qui accompagnent les grandes pertes de sang : les femmes pâlissent, le pouls s'affaiblit, les yeux perdent leur éclat; surviennent bientôt des tintements d'oreille, des éblouissements, des défaillances, des syncopes, des sueurs froides. En portant la main sur l'abdomen, on sent que l'utérus a pris du volume au lieu de diminuer, et que, loin de se durcir, il conserve sa mollesse.

Quand on a reconnu cette espèce d'hémorragie, il faut s'empresser de porter le doigt vers le col de l'utérus pour le déboucher, si l'écoulement du sang au dehors était empêché par un caillot ou par une portion de placenta. Il peut arriver que la perte interne tienne à un resserrement spasmodique du col, car le col de la matrice ne participe pas toujours à l'état de faiblesse du fond de cet organe : alors on doit combattre cet état par quelques titillations sur le col ou quelques frictions sur l'hypogastre ; il faut avoir soin aussi de rassurer la malade ; si elle est pléthorique il y a moins de danger. Ces divers moyens étant infructueux, et les jours de la femme étant en danger, on la placera dans un endroit frais, bien aéré, même sur le carreau d'une chambre, en ayant soin de tenir le siége plus élevé que les autres parties du corps; on aspergera l'hypogastre, la vulve et les cuisses avec de l'eau acidulée, en ayant toujours la précaution de frictionner le ventre et de titiller le col de l'utérus. Si

encore ces moyens ne réussissaient pas, et qu'on ait à sa disposition de la glace pilée, on en recouvrira le ventre, le pénil et les cuisses; on pourra également injecter dans l'utérus de l'eau très-froide; les injections de vinaigre pur ou d'oxycrat, conseillées par Saxtorph, pourront être employées; Alphonse Leroi avait recours à une décoction de quinquina vinaigrée; Pasta à l'alcool, aux acides sulfurique et nitrique étendus d'eau plus ou moins; la compression de l'aorte, mise en usage et avec succès par Baudelocque neveu et Tréhan. Dans les cas d'inertie, on pourrait employer le seigle ergoté, comme l'ont conseillé M. Villeneuve et beaucoup d'autres praticiens qui ont fait usage de ce médicament avec beaucoup de succès. M. Evrat a conseillé d'introduire dans l'utérus un citron, et de le comprimer dans cette cavité. M. Moreau, dans ses cours à la Faculté de médecine de Paris, dit qu'il faut introduire le citron dépouillé de son écorce, et frictionner ainsi la face interne de la matrice. Plusieurs médecins, entre autres M. Duchâteau, conseillent de masser l'utérus dans ses mains, recouvertes d'une serviette trempée dans l'oxycrat ou un liquide froid; et si cela ne suffit pas, d'introduire dans l'utérus une main enveloppée d'un linge trempé dans du vinaigre. En dernière ressource, on pourrait faire le tamponnement, en prenant toutefois la précaution de malaxer l'utérus par la région abdominale, et de l'empêcher de s'élever dans cette même région; j'ai entendu M. Hatin, dans ses leçons, citer un cas dans lequel ce moyen lui a réussi. Il conseille, en outre, ainsi que beaucoup d'autres accoucheurs, comme moyen très-efficace et entraînant à bien moins d'accidents que les autres précités, l'introduction de la main seule dans la matrice pour en exciter les parois. On ne confondra pas la perte avec le dégorgement sanguin; car, dans le dernier cas, le pouls est bon, les forces se soutiennent, et la matrice forme derrière et au-dessus des pubis le globe rassurant des accoucheurs.

3° *Syncope.* Les syncopes qui surviennent quelquefois pendant l'accouchement sont symptomatiques de maladies dont les femmes étaient affectées précédemment, ou bien elles tiennent à la trop grande susceptibilité du système nerveux; dans ces cas, il faut com-

battre les causes, et, quelles qu'elles soient, il faut agir promptement et employer les stimulants les plus énergiques (s'il y a hémorragie, pour l'arrêter, voir l'article précédent). La faiblesse de la femme peut donner lieu à cet accident; il faut alors recourir aux cordiaux, aux analeptiques, aux bons consommés, à une nourriture à la fois substantielle et légère, à un vin généreux pris en petite quantité, en un mot, à tout ce qui peut relever les forces abattues.

4° *Convulsions.* Au moment d'accoucher, les femmes sont douées d'une sensibilité plus exquise, et d'une irritabilité plus grande; les efforts auxquels elles se livrent pour expulser le fœtus augmentent encore cette extrême susceptibilité, et de là des convulsions plus ou moins fortes, plus ou moins réitérées. Baudelocque dit avoir observé des femmes qui avaient complètement perdu la mémoire, et qui, plus de huit jours après les convulsions, n'avaient encore aucun souvenir de tout ce qui s'était passé; M. Hatin dit avoir eu occasion de donner ses soins à une jeune dame qui se trouvait dans un cas semblable. Il faut bien vite chercher avec soin la cause de ces convulsions; ensuite, si la femme est robuste et pléthorique, il convient de lui pratiquer une ou plusieurs saignées; mais, au contraire, si elle est dans cet état de faiblesse qu'amènent les grandes hémorragies, il faut avoir recours à l'emploi des toniques sagement administrés, et combattre l'hémorragie. Si les convulsions dépendent d'une excitation particulière du système nerveux, il faut avoir recours aux calmants. Baudelocque conseille d'extraire le placenta s'il reste dans la matrice; M. Capuron, au contraire, veut que l'on combatte d'abord les convulsions, pourvu qu'elles ne dépendent pas de l'hémorragie.

5° *Contraction spasmodique du col.* L'orifice utérin peut se resserrer avant la sortie du placenta : le plus souvent cet accident ne donne qu'un peu de retard. On a souvent pris pour une contraction spasmodique le resserrement qui s'opère naturellement après la sortie du fœtus; cet état est très-rare dans les accouchements à terme, et dans ceux qui se font avant ce temps, on le rencontre bien plus souvent. Cet état est caractérisé par la tension, la roideur, le resserrement

de l'orifice utérin; il cède ordinairement à l'action des contractions du fond et du corps de l'organe. Le repos et le calme sont de la plus grande utilité; le repos seul suffit pour expulser le délivre que la main avait vainement tenté d'extraire avant (Meckel). Quand cet état de spasme est très-fort, et quand on pense qu'il ne cédera pas naturellement, si la femme est pléthorique, on peut faire une légère saignée; ou doit aussi avoir recours aux bains, aux lavements, aux fomentations, à quelques antispasmodiques, et aux injections adoucissantes auxquelles on peut joindre quelques gouttes de laudanum si la sensibilité est exaltée. On se sert de la pommade de belladone. S'il survient quelque accident qui force à accélérer la délivrance, on parvient facilement à vaincre ce resserrement en dilatant l'orifice avec les doigts, selon la méthode de Celse.

6° *Volume.* Le placenta est quelquefois tellement volumineux et tellement consistant, qu'il devient un obstacle à son expulsion; en introduisant la main dans l'utérus, on peut saisir le délivre si quelque accident empêche d'attendre le développement et l'effet des contractions utérines. Le placenta peut fort bien ne pas être très-volumineux, mais il s'amasse quelquefois une grande quantité de sang dans la poche que forment les membranes renversées sur elles-mêmes; ce sang se coagule et augmente véritablement le volume de la délivrance. Dans ces circonstances, quand on a reconnu par le toucher l'état des parties, on déchire les membranes, ou bien on perce le placenta pour donner issue à ce qu'il y a de liquide; par ce moyen, on diminue la masse de l'arrière-faix, et on facilite son expulsion ou son extraction.

7° *Faiblesse et rupture du cordon.* Le cordon ombilical est quelquefois tellement faible, qu'il est presque impossible de faire la moindre traction sans le rompre; il peut arriver aussi que son point d'insertion étant très-près des membranes, ces dernières cèdent successivement et se déchirent, ce qui survient surtout quand il y a adhérence du placenta, et que l'on n'agit pas avec précaution; dans ce cas, il faut abandonner la délivrance à la nature, et si les accidents se présentent, ne pas hésiter à introduire la main dans l'intérieur de la matrice, et extraire le placenta.

8° *Adhérence.* Le plus souvent le placenta est uni à la matrice par un tissu assez lâche, mais quelquefois ce tissu est très-dense; alors ce corps est tellement lié à l'utérus, que les contractions de cet organe, aidées des tractions pratiquées sur le cordon, ne suffisent pas pour le décoller (Murat). M. Desormeaux dit avoir rencontré deux cas semblables. Les moyens d'union qui semblent pour ainsi dire identifier le délivre à la matrice, ne s'observent pas sur toute la surface ; il y a seulement quelques lobes, et c'est tantôt au milieu, tantôt sur les bords. Dans ces derniers temps, on a attribué cette adhésion trop intime à l'inflammation des surfaces correspondantes de l'utérus et du placenta; cette opinion, conforme aux notions les plus saines de la pathologie, est bien vraisemblable; l'observation suivante le prouve : une femme reçut un coup sur la paroi antérieure de l'abdomen; elle ressentit dans cet endroit une douleur fixe pendant le cours de la grossesse ; après la sortie de l'enfant, vers le lieu correspondant, on a trouvé le placenta adhérent (Desormeaux).

On voit que l'on a affaire à cet état du placenta, aux douleurs très-vives, aux efforts variés que fait la matrice pour s'en débarrasser. Quand on fait des tractions sur le cordon, il paraît un peu céder, et aussitôt qu'on le lâche, il remonte. En pratiquant de très-fortes tractions, le cordon se rompt, des douleurs très-vives se font sentir, et il n'y a pas d'hémorragie. Quand on a reconnu ces signes, il faut introduire la main dans la matrice avec précaution, pour s'assurer de l'adhérence partielle ou totale du placenta, et pour savoir si elle est plus ou moins intime. Il faut examiner la place qu'occupe le délivre, l'implantation du cordon, sa force ou sa faiblesse ; voilà ce qui pourra conduire au pronostic. Il n'y a pas à balancer, il faut détacher le placenta et l'extraire. Quand les adhérences sont faibles et que le cordon ne l'est pas, il est inutile d'introduire la main pour fatiguer la matrice ; mais quand les adhérences sont fortes, je crois que l'on peut tenter aussi les tractions, mais il faut bien faire attention qu'elles soient dirigées dans un sens convenable ; pour cela il faut avoir égard au lieu d'union du dé-

livre ; et comme il convient d'agir perpendiculairement, on obtient cet avantage en faisant décrire au cordon ombilical une espèce de poulie de renvoi : ce moyen ne réussissant pas, de toute nécessité il faut insinuer la main dans l'utérus pour délivrer la femme, et c'est ce qu'il faut s'empresser de faire quand le placenta, déjà décollé dans un endroit, donne lieu à une hémorragie. Quand on ne peut pas décoller le délivre, beaucoup de praticiens conseillent d'attendre ; d'autres disent, au contraire, qu'il faut détacher tout ce que l'on peut. On voit bien plus d'accidents survenir à la suite des manœuvres que l'on peut pratiquer, que quand on abandonne la délivrance à la nature. M. de St-Amand (dissertation sur les pertes de sang) cite, d'après la pratique de Lauverjat, l'observation d'une femme morte d'une inflammation gangréneuse de l'utérus, à la suite de manœuvres employées pour la séparation du délivre. Rœderer a vu, sur le cadavre d'une femme morte d'hémorragie utérine, après avoir été délivrée avec violence, la surface interne de l'utérus déchirée, de manière que les fibres charnues étaient mises à nu dans une grande étendue. On a souvent attribué au séjour et à la putréfaction du placenta la mort des femmes ; on aurait pu tout aussi bien et avec plus de raison les rejeter sur les tentatives violentes et réitérées exercées pour extraire le délivre. Cependant on a vu ces accidents se développer sans qu'on ait fait aucune tentative ni violenté l'utérus en aucune manière (Duchâteau, dissertation sur la délivrance). En abandonnant le placenta, son union avec la matrice peut se relâcher ; ce corps se détache, s'engage, bouche l'orifice de l'utérus, et donne lieu à une perte interne mortelle (Leroux, de Dijon). Lorsqu'on se trouve dans l'impossibilité d'opérer l'extraction entière du placenta, il faut employer souvent les injections émollientes, faire des frictions sur la région hypogastrique, couvrir cette région avec des linges chauds ; si l'altération putride se manifeste, on emploie des injections antiseptiques, telles que l'eau avec le vinaigre, la décoction de quinquina, l'eau chlorurée, chréosotée. On doit pratiquer le toucher assez souvent pour s'assurer si le placenta ne se décolle pas : si on le trouve engagé dans l'orifice uté-

rin, il faut le retirer ; si on ne pouvait pas avec les doigts, on pourrait se servir de la pince à faux germe de Levret ; on aurait recours aussi à ce moyen dans le cas où il se déchirerait.

9° *Chatonnement.* On appelle chatonnement du placenta l'état dans lequel ce corps se trouve dans une loge particulière que fournit l'utérus inégalement contracté. En examinant cet organe au-dessus des pubis, on reconnaît deux tumeurs. En touchant la femme, on s'aperçoit que la cavité de la matrice a très-peu d'étendue; on sent que le cordon paraît se perdre dans l'utérus lui-même: c'est là que se trouve la poche que contient le placenta. Souvent le spasme cesse de lui-même ; ce n'est pas un accident grave, mais il pourrait le devenir par des manœuvres imprudentes. Il faut faire des frictions sur l'hypogastre ; si cependant cet état persistait, on pourrait introduire la main dans la matrice ; en suivant le cordon ombilical, il faudrait faire glisser dans la cavité qui contient le délivre un doigt, ensuite deux, puis trois, enfin toute la main ; bientôt les deux cavités n'en forment plus qu'une, et tout disparaît : c'est ce moyen qu'il faut employer quand il se manifeste une perte. Quand on ne peut réussir à dilater l'orifice du chaton, on doit administrer les antispasmodiques, l'opium. Frank (opuscules de médecine) a employé avec succès une mixture composée avec l'opium, l'extrait de quinquina et la teinture de cannelle ; ce moyen convient dans les cas où il y a à la fois spasme et atonie.

10° *Implantation du placenta sur le col de l'utérus.* Cet accident a plus de rapport avec l'accouchement qu'avec la délivrance ; aussi je ne m'y arrêterai que fort peu ; mais comme dans aucun cas la délivrance ne doit précéder la sortie de l'enfant, il convient de poser quelques règles relatives à cet objet.

Les pertes auxquelles la femme est exposée par cet accident ont lieu du septième au neuvième mois, et surtout durant le travail. On en a observé pendant le sixième mois, quoique les femmes y soient plus exposées vers la fin de la grossesse : on la reconnaît en ce que, sans cause connue, la femme a une perte de sang par la vulve ; le toucher, pratiqué avec précaution, fait reconnaître, au lieu

d'un corps lisse et poli, formé par la poche des eaux, un corps mou qui se laisse facilement pénétrer par le doigt.

Si le placenta s'insère, centre pour centre, avec l'orifice utérin, la matrice est souvent impuissante pour chasser le délivre et le fœtus. On doit alors percer le placenta et extraire l'enfant, soit en faisant la version, soit au moyen du forceps.

Si le placenta ne s'insère qu'en partie sur le col, ou qu'il soit en partie détaché d'un côté, on opérera ce décollement jusqu'à ce que l'on soit arrivé aux membranes; on les percera, et on fera l'extraction de l'enfant.

11° *Délivrance après l'avortement.* Si la délivrance doit être livrée à elle-même, c'est sans doute après l'avortement, quels que soient les accidents qui l'accompagnent, surtout dans les deux ou trois premiers mois de la gestation. Le plus souvent l'œuf sort en entier; il en résulte rarement des accidents; une perte légère signale d'abord les effets immédiats de la cause de l'avortement; bientôt elle s'affaiblit ou cesse, et sept ou huit jours après, elle recommence pour présider au dernier phénomène de l'avortement.

Si cet accident a lieu à une époque plus avancée de la grossesse, les membranes se rompent, les eaux s'écoulent, et la délivrance suit de quelques jours l'expulsion de l'enfant. Quelle que soit l'époque à laquelle ait lieu l'avortement, la délivrance est toujours plus longue et plus tardive que dans un accouchement à terme; aussi le placenta et les membranes sont souvent altérés. Dans le plus grand nombre de cas, c'est la nature qui fait et doit faire presque tous les frais de la délivrance; le cordon est si grêle, qu'il est impossible d'agir sur lui; il cède à la plus légère traction, et ne tarderait pas à se séparer. Si une portion du placenta s'engage dans le col, on la saisit avec les doigts ou avec la pince à faux germe. S'il survient une perte inquiétante, ce qui est rare, on tamponne: ici on n'a pas à redouter, comme après l'accouchement, que le sang s'amasse dans la cavité de l'utérus, et n'occasionne une perte interne, car l'utérus offre de la résistance. Si le délivre se putréfie dans la matrice, on fait des injections détersives pour en faciliter la sortie.

Certains accoucheurs rapportent que des femmes en ont conservé des fragments quelques mois sans être incommodées; on a même vu un nouvel accouchement entraîner les portions restantes du placenta de la grossesse qui avait précédé. (Desormeaux, exemple de l'innocuité du placenta dans l'utérus, lorsqu'il est entièrement abandonné à lui-même.)

12° *Grossesse multiple.* Lorsqu'il y a plusieurs fœtus dans la matrice, il peut arriver que les placentas soient adhérents l'un à l'autre, ou au moins qu'ils aient quelques points de communication; alors on doit attendre la terminaison de l'accouchement pour délivrer la femme; on a conseillé, dans ce cas, de placer une ligature sur le cordon sorti le premier. Pour extraire le délivre, on réunit les cordons en faisceau au moyen d'une légère torsion, et on agit comme dans la délivrance simple. Si les placentas étaient isolés, on pourrait en faire l'extraction à mesure qu'ils se présenteraient à l'orifice du vagin, ce qui n'aurait lieu que successivement.

13° *Opération césarienne.* Il existe des circonstances malheureuses qui rendent quelquefois l'opération césarienne nécessaire; dans ce cas, convient-il de faire l'extraction du délivre par la même voie que l'on vient d'ouvrir à l'enfant? Oui, s'il est décollé complètement; dans le cas contraire, on doit faire passer le cordon à travers l'orifice utérin et le vagin, à l'aide d'une grosse sonde creuse armée d'un anneau, et terminer la délivrance par les voies ordinaires.

14° *Introversion de l'utérus.* Dans le cas d'introversion complète de l'utérus, lorsque l'organe se trouve encore chargé du placenta, on peut l'en séparer si cela doit favoriser sa réduction, ou mieux encore le laisser, afin de ne pas fatiguer l'utérus et le garantir des impressions de l'air extérieur pendant les manœuvres qu'exige cette réduction.

J'aurais pu étendre encore ces considérations, mais ce que j'en ai dit me paraît suffisant pour prouver l'importance du sujet que j'ai cru devoir choisir pour mon dernier acte probatoire.

Puissent mes juges trouver que je ne suis pas resté trop au-dessous de mon sujet!

FIN.

MATIÈRE DES EXAMENS.

1er Examen. *Physique, Chimie, Botanique, Histoire naturelle, Pharmacologie.*

2e Examen. *Anatomie, Physiologie.*

3e Examen. *Pathologie interne et externe.*

4e Examen. *Thérapeutique, Hygiène, Matière médicale, Médecine légale.*

5e Examen. *Accouchemens, Clinique interne et externe.* (Examen prat.)

6e et dernier Examen. *Présenter et soutenir une Thèse.*

SERMENT.

En présence des Maîtres de cette École, de mes chers condisciples et devant l'effigie d'Hippocrate, je promets et je jure, au nom de l'Être Suprême, d'être fidèle aux lois de l'honneur et de la probité dans l'exercice de la Médecine. Je donnerai mes soins gratuits à l'indigent, et n'exigerai jamais un salaire au-dessus de mon travail. Admis dans l'intérieur des maisons, mes yeux ne verront pas ce qui s'y passe ; ma langue taira les secrets qui me seront confiés ; et mon état ne servira pas à corrompre les mœurs, ni à favoriser le crime. Respectueux et reconnaissant envers mes Maîtres, je rendrai à leurs enfants l'instruction que j'ai reçue de leurs pères.

Que les hommes m'accordent leur estime, si je suis fidèle à mes promesses ! Que je sois couvert d'opprobres et méprisé de mes confrères, si j'y manque !